



Ravijuhendi „2. tüüpi diabeedi mittefarmakoloogiline ravi“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 4

Koosoleku toimumisaeg ja -koht: 21.10.2022 kl 12-16 veebikoosolekuna Microsoft Teamsis

Osalesid: töörühma liikmed Mart Roosimaa, Kristel Ehala-Aleksejev, Aune Rehema, Evelin Raie, Maarja Randväli, Katrin Kõre, Laura Keidong, Mairi Laane, Ulvi Tammer-Jäätes ning sekretariaadi liikmed Lisette Lindam, Kristi Tamela, Leel Jaer-Eer, Elisabeth Kelner, Anna Vesper

Koosolekut juhatas Mart Roosimaa, protokollis Anna Vesper

Koosoleku päevakord:

1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid

Mart Roosimaal ja Ulvi Tammer-Jäätesel on muudatused huvide deklaratsioonides. Ei esine huvide konflikte, mis vajaksid meetmete rakendamist. Teistel töörühma liikmetel ei ole muudatusi.

Koosolekul osalevad kõik töörühma liikmed, kvoorum otsuste tegemiseks on koos.

2. Kliinilise küsimuse 4 (algne küsimus 5) lisatud tõendusmaterjali arutelu

Kas 2. tüüpi diabeediga patsientidel saavutatakse paremad ravitulemused Vahemere tüüpi dieediga võrreldes madala süsivesikutesisaldusega dieedi või ajas piiratud söömise või DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) dieedi või valdavalt taimse toitumisega?

Eelmise koosoleku arutelu põhjal on lisatud allikaid mitme võrdluses olnud dieedi kohta. Vahemere dieedi kohta PREDIMED uuringu tulemused, kuhu kaasati kõrge kardiovaskulaarse riskiga patsiendid, umbes pooled uuritavatest olid 2. tüüpi diabeediga patsiendid, võrreldi erinevaid dieete. Kardiovaskulaarset komposiitulemit esines vähem Vahemere dieedi rühmas. Mahukas süstemaatiliselt ülevaates (kaasatud 16 kohortuuringut) hinnati muuhulgas Vahemere dieedi mõju 2. tüüpi diabeedi tekkele. Leiti, et kõrgem Vahemere dieedi jälgimine vähendas haiguse tekke riski.

Lisatud üks süstemaatiline ülevaade koos metaanalüüsiga, kus uuriti valdavalt taimset toitumist ilma diabeedita patsientidel. Vegetariaandieet vähendas nii haigestumist kui suremust südame koronaaarhaigusesse. Kohordid koosnesid enamasti patsientidest, mis ei esindanud üldpopulatsiooni (väga madal tõendus).

Madala süsivesikutesisaldusega dieetide juures on lisatud süstemaatiline ülevaade koos metaanalüüsiga, kus võrreldi madala ja väga madala süsivesikute sisaldusega dieetide efektiivsust ja ohutust 2. tüüpi diabeedi remissioonile. Leiti, et madala süsivesikute sisaldusega grupis leidis tulemusnäitajates erinevusi 6. jälgimise kuul, kuid 12. kuuks olid erinevused väikesed või puudusid üldse.

DASH dieedi kohta leiti lisaks üks *umbrella review*, hinnati dieedi kardiometaboolset mõju. DASH dieet seostus prospektiivsetes kohortuuringutes madalama haigestumusega kardiovaskulaarsetesse haigustesse, südame koronaarhaigusesse, insulti ja 2. tüüpi diabeeti. Randomiseeritud uuringutes leiti, et DASH dieedi järgimine vähendas HbA1c väärtusi ning kehakaalu (väga madal tõendatusse aste).

Põhjamaade dieet võrreldes kontrolldieediga (kuue RCT põhjal) vähendas kehakaalu, leiti ka statistiliselt mitteoluline seos oli HbA1c ja paastuglükoosi osas (madal tõendatusse aste). Dieetide kasutamise mittesoovitava toime osas on välja toodud kõhukinnisuse esinemine, hüpoglükeemia. Üldiselt on kõrvaltoimete esinemine vähene.

Lisaks info, et Euroopa Diabeediuringute Assotsiatsioon koostab 2. tüüpi diabeedi toitumise juhendit, mis avaldatakse tõenäoliselt umbes poole aasta jooksul. Juhendis käsitletakse täpsemalt makrotoitaineid, erinevaid toiduaineid, dieete, eraldi dieete ülekaalulisuse korral. Sõnastatud on mitmeid soovitusi. Küsimuse töörühmale, kas on vajalik oodata selle ravijuhendi valmimist enne dieete puudutavate soovitude kinnitamist. Töörühm soovib küsida vastavalt töörühmalt täpsemat informatsiooni.

Dieetide kasutamist käsitlevate soovitude sõnastamine on keeruline, arvestama peab, et soovitud oleksid rakendatavad. Tõendusmaterjali on väga palju, ehk peab kitsendama fookust, tegelikult soovime ära hoida 2. tüüpi diabeedi teket, või diabeedi korral saavutada remissioon. Vaatama ei peaks ainult kehakaalu langus, vaid koos sellega muutuvaid muud tulemusnäitajaid (nt HbA1c, paastuglükoos). Meile kõige lähem on siiski Põhjamaade dieet (mis põhimõtteliselt on sarnane Vahemere dieediga, kus peamine erinevus on oliivõli kasutamine). Veel ei ole valminud uued Põhjamaade toitumissoovitused, millest omakorda sõltub Eesti riiklike toitumissoovituste uuendamine. Võib üle vaadata Soome vastavad soovitud, need on praktilised, suunatud tervisekeskustele, diabeediõdedele. Ravijuhendis tuleks selgitada, et erinevate dieetide kohta on palju tõendusmaterjali ning kõikide dieetidega on võimalik saada tulemusi. Kuid peab tegema valikud ja ravijuhendis on soovitatud Põhjamaade dieedi kasutamises, see on Eestis mõistetav ja järgitav toitumine. Hetkel saab sõnastada nõrga soovitude (tõendusmaterjali on vähe). Põhjamaade ja Vahemere dieedil on palju sarnasusi ning viimase kohta leidub palju tõendusmaterjali. Välja tuleks tuua, millised on nende dieetide sarnasused ja erinevused. Samuti peaks ravijuhendis lühidalt välja tooma, mis on erinevate dieetide sisu ning selgitama, miks osasid dieete ei soovitata (nt vähene tõenduspõhisus).

Igal juhul enne dieetide või toitumise soovitude andmist hinnatakse põhjalikult patsiendi toitumist, kas tal võib esineda söömishäireid. Toitumine peab olema patsiendile mõistetav, lihtne ja konkreetne. Patsiendijuhendis peaks kindlasti selgitama, et oluline ei ole vaid kehakaalu langetamine, kui just tervisnäitajate muutumine.

Töörühm sõnastab esialgsed soovitud (vaadatakse üle järgmisel koosolekul, määratakse tugevus ja tõendatusse aste):

1. Prediabeedi korral soovitud lähtuge riiklikest toitumissoovitudest.
2. Ülekaalu korral on vajalik vähemalt 5% kehakaalu langetamine.
3. 2.tüüpi diabeedi korral järgige Põhjamaade dieedi toitumissoovitud

Keerulisemate juhtude korral peab olema võimalus suunata patsient spetsialisti vastuvõtule. Sotsiaalministeerium on teinud tellimuse uuringule, millega selgitatakse, kuidas tuua toitumisharjumuste muutmine tervishoiusüsteemi. Selle tulemused peaksid tulema 2023 sügisel.

3. Kliinilise küsimuse 2 tõendusmaterjali täpsustus

Otsitud eraldi tõendusmaterjali oluliste riskitegurite lõikes. Samuti on üle vaadatud, millised on programmide kestused.

Leidusid mitmed Look AHEAD sekundaarsed analüüsid, kuidas eluviisi sekkumine mõjutab ülekaalulisi ja rasvunud patsiente. Töörühm täpsustab, mida selles küsimuses soovitakse selgitada: kas on kindlad patsientide alarühmad, kes saavad sekkumisest rohkem või vähem kasu. Nendeks alarühmadeks on:

- patsiendid, kes saavad insuliinravi ja kes ei saa;
- erinevad diabeedi kestusega patsiendid (värskest diagnoositud võrreldes nendega, kes on põdenud nt 10 aastat);
- patsiendid, kellel ei ole kardiovaskulaarseid riskitegureid, kellel on kardiovaskulaarsed riskitegurid ning kellel on juba kardiovaskulaarne haigus;
- ülekaalulised võrreldes normaalkaaluga;
- üldiste tüsistustega või mitte (see on küll väga üldine võrdlus)
- alla 65 eluaasta ja üle 65 eluaasta

Kui on tõsisem tüsistus, peab patsiendi suunama erialaspetsialisti poole (nt liigesehaigustega patsiendid). Kas kusagil peaks ära mainima, kuidas toimida eriti vanade inimestega (oodatav eluiga viis pluss aastat), kellel ilmselt aktiivne eluviisisekkumise programm ei ole kasutatav? Selle kliinilise küsimuse juurde saab tulla tagasi siis, kui teised küsimused on arutatud.

Mingil hetkel peab ka programmi koostamisel täpsustama, milline on selle optimaalne kestus, millised tervishoiutöötajad peavad olema seotud. Kas on uuringuid, kus on võrreldud erineva kestuse ja intensiivsusega programme?

4. Kliinilise küsimuse 4 (algne küsimus 3) tõendusmaterjali arutelu.

Kas kõikide 2. tüüpi diabeediga patsientide tervisekäitumist tuleb regulaarselt hinnata või mitte eluviisisekkumiste efektiivsemaks kasutamiseks?

Kas on olemas selged kriteeriumid või mõõdikud patsiendi tervisekäitumise hindamiseks. Tervisekäitumise all on mõeldud kehalist aktiivsust (liikumispüramiid vms), toitumisharjumusi (toitumispüramiid vms), vaimset tervist, unehügieeni, lisaks sotsiaalmajanduslikku olukorda tervisekäitumise mõjurina. Esmaste otsingutega saadi väga laialivalguvad tulemused, mitte teemakohased. Kõikides ravijuhendites on toodud, et väga oluline on hinnata patsiendi eluviisi, riskitegureid, kuid ei ole täpsustatud, millega ja kui sageli hinnata.

Ühes metaanalüüsis oli toodud 18 erinevat mõõdikut diabeedi enesehoolduse hindamise kohta: 21 mitmemõõtmelist mõõdikut, üheksa ühemõõtmelist (ravimite võtmine, dieet, kehaline aktiivsus, vere glükoosisalduse kontroll). Enamik mõõdikuid välja töötatud viimas 10 aasta jooksul, kuid paljusid kasutatud vaid ühekordselt uuringutes. Osade töörühma liikmetega konsulteerimise järgselt keskenduti konkreetselt erinevatele tervisekäitumise aspektidele. Leidus mitmeid mõõdikuid:

- **Kehaline aktiivsus.** Olemas on rahvusvaheline kehalise aktiivsuse küsimustik, saab lähtuda ka liikumispiramiidist.
- **Unehügieen.** Olemas Eesti ravijuhend, kus on toodud erinevaid unehäirete hindamise võimalusi. Ei ole vajalik eraldi rohkem neid mõõdikuid otsida ega analüüsida.
- **Toitumine.** Järgida toitumispüramiidi hindamisel. Ülekaalulisuse ravijuhendi koostamisel analüüsiti väga mitmeid toitumise hindamise mõõdikuid, kuid ühtegi üheselt sobilikku ei leidunud.
- **Vaimne tervis** – leidusid depressiooni hindamise skaalad PHQ-9 ning CES-D. Hetkel plaanib Eesti Haigekassa teadaolevalt kolme vaimse tervise mõõdikute valideerimist. Samas EEK-2 on Eestis laialdaselt kasutusel, selles on erinevad aspektid hinnatud. Kasutatakse ka DEPSi ja meeleolu küsimustikku. 2. tüüpi diabeediga patsientidel ei ole vajalik kasutada eraldi meeleoluhäirete hindamise mõõdikut, sobivad hetkel kasutusel olevad.

Unehäired ja depressioon on olulised patsiendi toimetulekut mõjutavad aspektid, kuid nende kohta on eraldi juhendid olemas. Ei ole vajalik antud juhendis põhjalikult käsitleda.

Kliinilise küsimuse mõte on leida punktid, mida hinnata ja mille alusel planeerida sekkumisi. Kui otsida edasi mõõdikuid, siis oluline vaadata, kas skoor/tulemus korreleerub diabeedi tulemusnäitajatega. Kui patsient teeb muudatusi eluviisi, kas siis tulemusnäitajad (nt HbA1c, kehakaal, paastuglukoos) muutuvad. Võib otsida ka üldisemaid mõõdikuid (nt Diabetes Score). Kui sobilikku mõõdikut ei leidu, siis tuleb juhendi lisas välja tuua olulised hindamist vajavad teemad või punktid. Osades kaasatud rahvusvahelistes juhendites on toodud, mida hinnata, millele tähelepanu pöörata. Üldiselt inimestele meeldib, kui nad saavad ise jälgida muudatusi (nt triglütseriidide ja HDL suhe). Tegelikult peab hindama ka inimese kognitsiooni või võimekust mõista talle soovitatud sekkumisi ja neid ka rakendada. Kogu eluviisi muudatuste planeerimine hindamise järgselt peab olemas patsiendikeskne, patsient peab ise olema motiveeritud.

Üks oluline aspekt, mida silmas pidada, on mõõdikute analüüsimisel selgitada, kas ja millal peaks toimuma kordushindamine sekkumiste efektiivsuse hindamiseks. Tavaliselt soovitatakse ühte strateegiat/sekkumist kasutada kolm kuud ja siis saaks hinnata.

5. Muud küsimused (koosolekute ajakava ja edasised tegevused)

Järgmised töörühma ja sekretariaadi koosolekud toimuvad Microsoft Teamsis:

- 18.11.2022 kl 12-16
- 16.12.2022 kl 12-16

Järgmisel koosolekul arutatakse kliiniliste küsimuste 6 ja 9 tõendusmaterjali ning vaadatakse üle küsimuse 4 lisandunud tõendusmaterjal.